

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น:

บทบาทการป้องกันด้านเชิงรุกของพยาบาล

Unwanted Pregnant among the Adolescents and Proactive Challenging Roles of Nurses

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2557

Volume 37 No.2 (April-June) 2014

ปิสมัย วงศ์สง่า วท.ม.* พัทยา แก้วสาร Ph.D. (Nursing) **

Pissamai wongsanga M.Sc.,* Pattaya kaewsan Ph.D.**

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นของไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีและเป็นปัญหาด้านสุขภาพมารดาและทารกมากเป็นอันดับหนึ่งของเอเชีย ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม มีปัจจัยสาเหตุหลักจากการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา การขาดการป้องกันการตั้งครรภ์ขณะมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงไม่กล้าไปรับบริการรับคำปรึกษา พยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มวิชาชีพที่สามารถเข้าถึงปัญหา จำเป็นต้องใช้วิธีการทำงานในเชิงรุกในกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนหรือในสถานศึกษาเพื่อให้ความรู้ด้านเพศศึกษารอบด้านอย่างถูกต้อง รวมไปถึงกลุ่มครู ผู้ปกครอง และอาสาสมัครชุมชนให้ตระหนักถึงการป้องกัน การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมทั้งนี้เพื่อลดปัญหา ความรุนแรงที่เป็นผลจากการตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อสุขภาพที่ดีของมารดาและทารก ต่อไป

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น บทบาทเชิงรุกของพยาบาล

Abstract

Trend of unwanted pregnant among Thai teenagers has been increased dramatically every year. It is now reported as the top caused of maternal and child health problems in Asian country. It affected directly socio economic and cultural in Thai society. The main problem was lacked of inside knowledge among teenagers such as having unsafe sex while they were in the early age. Moreover, they felt uncomfortable with any kind of sex issues. Therefore, nurses professional have to solve and deal the problems by using all proactive methods among teenagers in the communities or schools including with their parents, teachers and community volunteers. They all need to know and concern with unwanted pregnancy. Thus, it could be decreased the ratio and severity related to unwanted pregnant and will be enhancing maternal and child health.

keywords: teenager pregnancy, adolescent pregnancy, unwanted pregnancy, proactive role of nurse

บทนำ

ปัจจุบันการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นไทย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีความเสี่ยงในทางสุขภาพมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ 10-20 ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทาง

สังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ ความเจริญก้าวหน้าของ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีที่พัฒนารุดหน้าไปไม่หยุด ยั้ง ประกอบกับวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพัฒนาการเพศที่ สมบูรณ์ เป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง บางครั้งลองผิดลองถูก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

**อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ชอบทำหาย กล้าแสดงออก ให้ความสำคัญกับเพื่อนมาก ชอบทำตามเพื่อน ต้องการให้สังคมยอมรับ จึงมีโอกาสตัดสินใจผิดพลาดเนื่องจากขาดการยับยั้งชั่งใจ ขาดทักษะชีวิต¹ และอาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงในทางเพศ รวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เป็นปัญหาสำคัญในงานส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก โดยองค์การอนามัยโลกมีนโยบายในการป้องกันและลดความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และใช้อัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี กำหนดเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals; MDGs 5b-access to Reproductive Health services)² ในบริบทของประเทศไทย ได้มีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ทั้งด้านเชิงรับและเชิงรุกภายใต้แนวคิด“เข้าใจ เข้าถึง ช่วยเหลือ”เพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะในการทำงานด้านเชิงรูกนั้นมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งจะได้นำเสนอในบทบาทของพยาบาล ภายหลังการนำเสนอสถิติที่เกี่ยวข้องตามลำดับต่อไป

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปีโดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร แบ่งย่อยเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอายุน้อย (younger adolescents) 10-14 ปี กับกลุ่มวัยรุ่น (adolescents) ช่วงอายุ 15-19 ปี ทั้งนี้เนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีความเสี่ยงและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน³ ในแต่ละปีมีสตรีวัยรุ่นคลอดบุตรทั่วโลกราว 14 ล้านคน โดยประมาณ 12.8 ล้านคน หรือมากกว่า ร้อยละ 90 อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา⁴ รวมถึงประเทศไทย โดยปีพ.ศ.2547-2553 ข้อมูลการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกินกว่าเกณฑ์การเฝ้าระวังขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กำหนดให้จำนวนหญิงตั้งครรภ์และคลอดบุตรที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ต้องไม่เกินร้อยละ 10 โดยเพิ่มจากร้อยละ 13.9 ในปีพ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 16.2 ในปีพ.ศ.2553⁵ ทำให้จำนวนหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์และคลอดบุตรของไทยสูงขึ้นเป็นอันดับที่สองของโลกและสูงเป็นอันดับหนึ่งของทวีปเอเชีย⁶ และขณะเดียวกันอัตราป่วย

ด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-19 ปีมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.5 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 79.8 ต่อแสนประชากร³ นอกจากนี้ ข้อมูลการดำเนินการเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2554 ของโรงพยาบาล 101 แห่งใน 13 จังหวัดทั่วประเทศ พบอุบัติการณ์การทำแท้งมีถึงร้อยละ 33.3 โดยกลุ่มอายุ 15-19 ปี มากที่สุดร้อยละ 28.0 ซึ่งการทำแท้งส่วนใหญ่เป็นการทำแท้งไม่ปลอดภัยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูง จนถึงขั้นเสียชีวิต และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง โดยค่าทำแท้งเดือนเฉลี่ยครั้งละ 2,684 บาท สูงสุด 20,500 บาท และมีเพียงส่วนหนึ่งที่เท่ากันที่เข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลทำให้สูญเสียเศรษฐกิจจากการทำแท้งไม่ปลอดภัย และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง⁷ ทั้งนี้อาจด้วยสภาพสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยีและการสื่อสาร ค่านิยมและความเป็นอิสระทางเพศที่เพิ่มมากขึ้น แต่ขาดทักษะในการจัดการหรือการป้องกันที่เหมาะสม จากข้อมูลของกรมอนามัยระบุถึงการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 10 ในปีพ.ศ.2544 เป็นร้อยละ 40.9 ในปีพ.ศ.2554 และเริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยลงเรื่อยๆ พบว่าปี พ.ศ.2554 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีอายุเฉลี่ยในเพศชาย 12.2 ปี เพศหญิง 12.3 ปี การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 2 อายุเฉลี่ยในเพศชาย 14.7 ปี เพศหญิง 15 ปี นอกจากนี้การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 และปวช.ชั้นปีที่ 2 มีเพียงร้อยละ 33.6 และ 38.6 ตามลำดับ⁸ ซึ่งสาเหตุที่วัยรุ่นไม่ป้องกันตัวขณะมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาและชีววิทยาการเจริญพันธุ์ ไม่รู้ว่าจะตั้งครรภ์เมื่อใด มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการร่วมเพศ และการตั้งครรภ์ว่าร่วมเพศครั้งเดียวไม่ทำให้ตั้งครรภ์ การที่วัยรุ่นชายไม่ใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากขาดความรู้ถึงทางเพศ วัยรุ่นไม่กล้าไปรับบริการวางแผนครอบครัวเพราะการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ต้องปกปิด การให้

บริการป้องกันการตั้งครรภ์เป็นบริการของคู่สมรส หรือผู้ที่แต่งงานแล้ว⁹

ผลกระทบการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ รวมทั้งเกิดผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนมีสาเหตุจากอายุที่น้อย ทำให้การเจริญเติบโตไม่เต็มที่ (biological immaturity) โดยเฉพาะส่วนของระบบสืบพันธุ์และกระดูกเชิงกราน ร่วมกับปัจจัยส่งเสริมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ความยากจน การด้อยการศึกษา ภาวะทุโภชนาการ (malnutrition) การใช้สารเสพติด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการไม่มาฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ช้า¹⁰ อันตรายหรือความเสี่ยงที่พบบ่อยมีดังนี้ คือ ผลกระทบทางด้านร่างกายมารดา ทารก และผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต

1. ผลกระทบทางด้านร่างกายมารดา ทารก

1.1 ภาวะโลหิตจาง (anemia) การตั้งครรภ์ทำให้มีความต้องการปริมาณธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น แต่วัยรุ่นมักเลือกอาหาร กลัวอ้วน หรือยากจน จึงมักพบภาวะขาดสารอาหารโดยเฉพาะการขาดธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (folic acid) จึงทำให้เกิดภาวะโลหิตจางได้บ่อย¹¹ จากการศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมารับบริการฝากครรภ์ และตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 โรงพยาบาลชัยบุรี พบว่ามีภาวะโลหิตจางโดยระดับความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 33% ในปี.ศ.2551, 2552 และ 2553 คิดเป็นร้อยละ 13.39, 35.57 และ 40.62 ตามลำดับ¹²

1.2 คลอดก่อนกำหนด (preterm birth) พบอุบัติการณ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้บ่อยกว่าในผู้ใหญ่¹³ เชื่อว่าอาจเป็นเพราะหลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณมดลูก และปากมดลูกยังไม่สมบูรณ์ มีแนวโน้มที่จะติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการ (subclinical infection) ได้ง่าย เกิดการหลั่งสาร prostaglandin¹⁴ จึงเพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งปัจจัยเสริมอื่นๆของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เช่น การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ เศรษฐฐานะไม่ดี การสูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด น้ำหนักตัว

น้อย หรือมากเกินไป ด้อยการศึกษา ไม่ได้แต่งงาน ภาวะทุโภชนาการ และความเครียดวิตกกังวล¹⁵

1.3 ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) คือการมีความดันโลหิตสูงร่วมกับการมีไข่ขาวในปัสสาวะ ภาวะนี้เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านแอนติเจนของบุตร ทำให้พบภาวะนี้ได้บ่อยในครรภ์แรก ประมาณร้อยละ 2-7 และจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นถ้าช่วงระยะเวลาตั้งแต่มีเพศสัมพันธ์จนกระทั่งตั้งครรภ์นั้นสั้น (limited sperm exposure) ทำให้สตรีวัยรุ่นซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นครรภ์แรก และมีระยะเวลาตั้งแต่มีเพศสัมพันธ์จนกระทั่งตั้งครรภ์ไม่นานเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้บ่อยกว่า¹⁶

1.4 เพิ่มภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตของมารดา (maternal morbidity and mortality) สาเหตุเกิดจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) ภาวะติดเชื้อ ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ และหากไม่ได้รับการฝากครรภ์จะพบอุบัติการณ์เหล่านี้ได้มากขึ้น ปัจจัยส่งเสริมอื่นๆได้แก่ การมีเศรษฐกิจฐานะต่ำ ระดับการศึกษา ความพร้อมในการรับบริการสุขภาพ โดยภาวะทุพพลภาพที่พบได้มากในประเทศกำลังพัฒนา คือ vesico-vaginal fistula และ recto-vaginal fistula ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิด obstructed labor³

1.5 ความพิการแต่กำเนิดของทารก (congenital anomalies) ทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นเพิ่มความเสี่ยงที่จะมีความพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะในระบบประสาทส่วนกลาง ระบบทางเดินอาหาร เช่น ผนังหน้าท้องปิดไม่สนิท (gastrochisis) หรือ ไส้เลื่อนสะดือ (omphalocele) ระบบกระดูก กล้ามเนื้อและผิวหนัง (musculoskeletal/integumental anomalies) เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ (cleft lip, cleft palate) นิ้วเกิน นิ้วติดกัน ไม่มีนิ้ว (polydactyly, syndactyly, adactyly) แต่ไม่เพิ่มความเสี่ยงของความพิการแต่กำเนิดในระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินปัสสาวะ และทารกกลุ่มอาการดาวน์ (down syndrome)

1.6 ทารกน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) หมายถึงการคลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อย ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการคลอดก่อนกำหนดหรืออาจเกิดจากการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ จากข้อมูลสถิติสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ปีงบประมาณ 2554 มีจำนวนเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์กลุ่มอายุแม่ 15-19 ปี และอายุน้อยกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.7 และ 18.8 ตามลำดับ⁸

1.7 ทารกมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (small for gestational age) หมายถึงทารกมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าน้ำหนักที่ระดับเปอร์เซนไทล์ที่ 10 ของอายุครรภ์นั้นซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (fetal growth restriction) เชื่อว่าเกิดจากการแย่งสารอาหารในการเจริญเติบโตระหว่างมารดาวัยรุ่นกับทารก โดยเฉพาะในรายที่มีน้ำหนักตัวน้อยอยู่ก่อนและมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยในระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะสตรีวัยรุ่นที่น้ำหนักเพิ่มน้อยกว่า 10 กิโลกรัม และความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า 30 vol%¹¹

1.8 เพิ่มภาวะทุพพลภาพและอัตราตายของทารก (Perinatal or neonatal morbidity and mortality rates) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาวัยรุ่นอายุน้อย 13-15 ปี จะมีความเสี่ยงสูงกว่าในมารดาวัยรุ่นที่อายุมากกว่า 16-19 ปี สาเหตุจากในวัยรุ่นอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะคลอดก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (very preterm birth) ได้มากกว่า รวมทั้งการเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตของมารดา สาเหตุเกิดจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ภาวะติดเชื้อ ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ และหากไม่ได้รับการฝากครรภ์จะพบอุบัติการณ์เหล่านี้ได้มากขึ้น ปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ ได้แก่ การมีเศรษฐกิจต่ำ ระดับการศึกษา ความพร้อมในการรับบริการสุขภาพ โดยภาวะทุพพลภาพที่พบได้มากในประเทศกำลังพัฒนา คือการเกิดแผลทะลุระหว่างกระเพาะปัสสาวะกับช่องคลอด แผลทะลุระหว่างทวารหนักกับช่องคลอด (vesico-vaginal fistula, recto-vaginal fistula) ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดการคลอดล่าช้า (obstructed labor)³

1.9 การใช้สารเสพติด (Illicit drug use) สารเสพติดที่ได้รับในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เฮโรอีน ฝิ่น กัญชา โคเคน ยาบ้า บุหรี่และเหล้า มีผลต่อทารก อาจก่อให้เกิดความพิการแต่กำเนิด การแท้ง ทารกน้ำหนักน้อยหรือมีทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด fetal distress และทารกมีอาการของ drug withdrawal หลังคลอด¹⁷

1.10 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted diseases) วัยรุ่นถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพราะส่วนใหญ่ยังไม่ได้แต่งงาน อาจมีคู่นอนหลายคน โรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ หนองในแท้ (neisseria gonorrhea) หนองในเทียม (chlamydia trachomatis) โรคพยาธิในช่องคลอด (trichomonas vaginitis) หูดหงอนไก่ แผลริมอ่อน ไวรัสตับอักเสบ บี ซิฟิลิสและโรคเอดส์จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปีเพิ่มจากร้อยละ 41.5 ในปีพ.ศ.2548 เป็นร้อยละ 89.5 ในปีพ.ศ.2554⁸

1.11 เพิ่มการบาดเจ็บของฝีเย็บในระยะคลอด (perineal trauma during delivery) ทำให้เกิดความเจ็บปวด สูญเสียเลือด ติดเชื้อฝีเย็บ ขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระลำบาก ปัญหาต่อเพศสัมพันธ์ ความไม่สุขสบาย เช่น การศึกษาผลการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดาวัยรุ่นจำนวน 1,074 คน ในโรงพยาบาลขอนแก่นและศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น พบอุบัติการณ์การบาดเจ็บของฝีเย็บจากการตัดฝีเย็บสูงถึงร้อยละ 98.2¹⁸

2. ผลกระทบด้านสุขภาพจิต

การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดผลกระทบ ด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มารดาวัยรุ่นมักต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากพัฒนาการทางจิตใจไม่ตีพอ ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ และประสบการณ์ต่างๆ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ปัญหาสุขภาพจิตที่มารดาวัยรุ่นเผชิญได้แก่¹⁹

2.1 ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากวัยรุ่นถือเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีอารมณ์ที่อ่อนไหว หงุดหงิด สับสนและแปรปรวนง่าย ยิ่งหากเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อมไม่ได้รับการยอมรับจากพ่อแม่ ผู้ปกครองทั้งสองฝ่าย ต้องปกปิดสังคมหรือไม่กล้าเปิดเผยให้ใครรู้ ทำให้เกิดความเศร้าเสียใจกับการตั้งครรภ์ในครั้งนี้

2.2 ความเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้แต่งงานจะมีความวิตกกังวล รู้สึกเป็นการลดคุณค่า และสิ้นสุดชีวิตการเป็นวัยรุ่น การต้องลาออกจากสถานศึกษาหรือหยุดการศึกษาขาดแคลนแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือต่าง ๆ เรื่องการเงินทอง ทำให้ปรับตัวไม่ได้ เกิดความทุกข์ทางอารมณ์ (Emotion distress) ความเครียด/วิตกกังวล และซึมเศร้า หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย

2.3 มีโอกาสฆ่าตัวตายสูง โครงการสำรวจสภาพปัญหาแม่วัยเยาว์ในวัยรุ่นที่มีบุตรก่อนอายุ 18 ปีบริบูรณ์ จำนวน 823 ราย พบแม่วัยเยาว์ที่เคยมีความคิดฆ่าตัวตายระหว่างตั้งครรภ์หรือหลังคลอดจำนวน 1-2 ครั้ง และ 3-5 ครั้ง ร้อยละ 12 และ 4.1 ตามลำดับ²⁰ และจากการศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นทั้ง 4 ภาค พบว่าแม่ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ในภาคเหนือมีสัดส่วนการคิดฆ่าตัวตายมากกว่าภาคอื่น²¹

บทบาทเชิงรุกของพยาบาลกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นปัญหาสังคมที่ถูกยกระดับเป็นวาระแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ต้องพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การให้บริการวางแผนคุมกำเนิดกับกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะ ประชาสัมพันธ์หาวิธีการใกล้ชิดกับวัยรุ่น ขยาย

คลินิกเพื่อนใจวัยรุ่นเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ให้การดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ให้ใกล้ชิดเป็นพิเศษทั้งกายและใจ ตลอดจนประสานกับหน่วยงานอื่นเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน²² แต่การที่จะทำให้วัยรุ่นเข้าถึงและใช้บริการนั้นเป็นความท้าทายอย่างยิ่งและไม่ควรคาดหวังให้วัยรุ่นเดินมารับบริการ ดังนั้นนอกจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและสถานบริการสาธารณสุขด้านการให้ความรู้ คำแนะนำ การปรึกษา และบริการคุมกำเนิด และจัดคลินิกวัยรุ่นด้วยบริการสุขภาพที่เป็นมิตรแล้ว ผู้ให้บริการต้องเน้นทำงานในเชิงรุกทั้งในและนอกสถานบริการโดยเปิดโอกาสให้วัยรุ่นและเยาวชนมีส่วนร่วมมีการสื่อสารกับชุมชนและให้ชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรให้บริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการโดยตรง ประกอบกับการกระจายอัตรากำลังมีความทั่วถึงในการให้บริการทุกระดับ การให้บริการเชิงรุกเพื่อแก้ไข ดูแลและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จึงเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งที่สามารถวางแผนจัดกิจกรรม เข้ากับงานบริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อเข้าถึงถึงวัยรุ่นและเยาวชนได้หลากหลายเช่น²³

1. เชื่อมโยงบริการกับการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนหรือระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนของโรงเรียน เพื่อส่งต่อบริการมายังสถานบริการสุขภาพของโรงพยาบาล โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของนักเรียน ได้แก่ มีปัญหาด้านการเรียน มีประวัติไม่ยอมเรียน ขาดเรียน ถูกไล่ออก หรือลาออกจากโรงเรียน มีปัญหาด้านอารมณ์ มีภาวะซึมเศร้า ไม่นับถือตนเอง ไม่เห็นคุณค่าของตนเอง ขาดการยอมรับในสังคม ทำให้ตัดสินใจผิดโดยอาจเห็นการตั้งครรภ์เป็นความสำเร็จของตนเอง มีทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการมีคู่ครอง โดยสตรีวัยรุ่นมองการมีแฟนเป็นเรื่องสำคัญ และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานเป็นเรื่องปกติ มีปัญหาการคุมกำเนิด ขาดความรู้และทักษะในการใช้ยาคุมกำเนิด หรือมีความเชื่อความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ซึ่งการให้บริการในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรม

เสี่ยงควรลดขั้นตอนการบริการหรือมีช่องทางพิเศษ²⁴ เช่น เมื่อมาถึงสถานบริการได้ตรวจทันที และมีประวัติคัดกรองจากโรงเรียนที่ส่งมา ดังนั้นโดยบทบาทของพยาบาลควรระบุนขั้นตอนการบริการเพื่อสื่อสารกับทีมผู้ให้บริการและคลินิกที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการส่งเสริม สนับสนุน หรือเสริมพลังให้กับครูสามารถคัดกรองและดูแลปัญหาเบื้องต้นนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้ รวมทั้งอบรมแกนนำนักเรียนในคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวเพื่อส่งต่อ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า เป็นการให้บริการเชิงรุกในโรงเรียน ที่พยาบาลสามารถดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยที่รูปแบบบริการช่องทางพิเศษดังกล่าวจะสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของวัยรุ่นได้ เนื่องจากไม่ต้องรอรอท่าเวรระเบียบ และไม่มีคิวยาว

2. ส่งเสริมและเชื่อมโยงการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษารอบด้านกับการบริการสุขภาพ เช่น การจัดหน่วยเคลื่อนที่ตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันและดูแลสุขภาพเบื้องต้นกับนักเรียนและเยาวชนในชุมชน สถานประกอบการ สถานบริการสาธารณสุข เทศบาลและหน่วยงานเอกชนอื่น ๆ การให้เพศศึกษารอบด้านนี้สำหรับวัยรุ่นที่ยังไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศทำให้วัยรุ่นไม่มีเพศสัมพันธ์มากขึ้น และกลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์แล้วยังจะทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมากขึ้น สารที่ให้กับวัยรุ่นต้องตรงกับความต้องการของวัยรุ่นและครอบคลุมทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับเรื่องเพศ เช่น พัฒนาการทางเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงกับชายและแม่กับลูก การคุมกำเนิด บทบาทหญิงชาย การดูแลระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด และวิถีทางเพศ (sexual orientation) เป็นต้น²⁵ ดังนั้นวัยรุ่นและเยาวชนควรได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศอย่างเหมาะสม ตรงไปตรงมา ภายใต้อาณัติของชีวิต และนอกจากนี้การสอนให้วัยรุ่นได้รู้จักการประเมินตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง ยอมรับและพอใจข้อดีของตนและสิ่งที่ตนเป็น รู้จักชื่นชมตนเองและผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอซึ่งจะทำให้วัยรุ่นเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งการให้ความรู้เพศศึกษาดังกล่าวพยาบาลสามารถเชื่อมกับการจัดบริการตรวจสุขภาพในเชิงรุกในโรงเรียนหรือ

ชุมชนได้ โดยบทบาทการเป็นครูผู้สอนเพศศึกษาหรืออาจสนับสนุนโดยจัดฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนเรื่องเพศศึกษาและช่วยให้ครูหรือผู้นำชุมชน มีความมั่นใจมากขึ้น ที่จะให้คำแนะนำเรื่องเพศแก่วัยรุ่น และถ่ายทอดเนื้อหาในหลักสูตรเพศศึกษาอย่างสม่ำเสมอ และมีการติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง²⁴

3. พัฒนาศักยภาพและสร้างเครือข่ายแกนนำวัยรุ่น เยาวชนจากสถานศึกษาระดับต่าง ๆ สถานประกอบการหรือชุมชนโดยการจัดให้มีการฝึกอบรมค่ายแกนนำวัยรุ่น เพื่อให้มีความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย วิธีการคุมกำเนิดและสร้างทักษะแกนนำวัยรุ่นเพื่อสามารถที่จะให้ความรู้ สื่อสารให้เข้าใจและเข้าถึงปัญหาของเพื่อนได้ สามารถโน้มน้าวใจและให้คำปรึกษาแก่เพื่อนได้ดี²² เช่น การทำโครงการ school health ในสถานศึกษาของจังหวัดชัยภูมิ มีการจัดกิจกรรมเข้าค่ายของเยาวชนแกนนำส่งเสริมสุขภาวะทางเพศของนักเรียนมัธยมและอาชีวศึกษาโดยจัดกิจกรรมสัมพันธ์สลับกับเนื้อหาใช้ประเด็นการเรียนรู้ความเสี่ยงใกล้ตัว เช่น การมีแฟน ติดเกมส์ กินเหล้า สูบบุหรี่ ตามแฟชั่น บ่งบอกระดับเสี่ยงต่อการเอาอยู่และเอาไม่อยู่ กิจกรรมการสำรวจตัวเองของวัยรุ่นโดยใช้กระบวนการ “ชวนคิด” และจินตนาการถึงอนาคตการเพิ่มทางเลือกเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์รอยต่อของการตัดสินใจเพื่อการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ซึ่งโครงการดังกล่าวเป็นจุดเชื่อมที่พยาบาลสามารถใช้เป็นโครงการที่เปิดช่องทางให้เข้าถึงวัยรุ่น ขยายขอบเขตโดยสื่อสารถึงวัยรุ่นเรื่องสุขภาวะทางเพศ ไปยังสถานศึกษาและชุมชนรวมทั้งเยาวชนในโรงเรียนให้วัยรุ่นมีโอกาสพูดคุย สร้างความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่โดยตรง และบอกต่อไปยังเพื่อนและผู้ปกครอง ครูได้มีโอกาสสอบถามหรือขอเอกสารเผยแพร่ที่จะนำไปใช้ในโรงเรียน ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลในการทำงานด้านเชิงรุกกับวัยรุ่นได้มากขึ้น²⁶

4. พัฒนาศักยภาพบุคคลที่เกี่ยวข้อง ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของวัยรุ่น เช่น พ่อแม่ ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นบุคคลกลุ่มแรกที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของวัยรุ่น เป็นโรงเรียนแห่งแรกของเด็กที่หล่อหลอมวิถีคิด

วิธีใช้ชีวิตให้เด็กเหล่านั้นเติบโตเป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพและเป็นประชากรที่ดี พ่อแม่จึงต้องเรียนรู้การเลี้ยงและการดูแลลูกวัยรุ่นและวิธีการสื่อสารกับวัยรุ่น²² ซึ่งการพัฒนาศักยภาพเป็นภาคีเครือข่ายนี้ บทบาทของพยาบาลอาจต้องเป็นผู้ประสานการเข้ามีส่วนร่วมรับรู้เสนอแนะแนวทาง วางแผนแก้ไขและติดตาม รวมทั้งอาจเป็นหัวหน้าทีมสุขภาพในการดำเนินโครงการ เช่น การจัดทำโครงการโรงเรียนพ่อแม่เพื่อการสื่อสารเรื่องเพศและเครือข่ายพ่อแม่อาสาในชุมชนในจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยเป็นพัฒนาทักษะพ่อแม่ด้านการฟังมากกว่าการพูด การสื่อสารเชิงบวกที่เป็นการจับถูกมากกว่าจับผิด การรู้จักอดกลั้นเพื่อสร้างสัมพันธ์ และการมีทักษะในการเจรจาอย่างสันติ นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างเครือข่ายพ่อแม่อาสาในชุมชน สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการป้องกันเชิงรุก²⁷

5. การพัฒนาบทบาทและการดำเนินงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โดยอสม.มีบทบาทในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1.การเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจต่อครอบครัว ชุมชนในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2.แนะนำช่วยเหลือวัยรุ่นและครอบครัวที่ประสบปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 3.ส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ สำหรับวัยรุ่น เช่น กีฬา กิจกรรมจิตอาสาต่าง ๆ²⁸ ทั้งนี้ในการที่ อสม.จะดำเนินงานได้ตามบทบาทเต็มศักยภาพได้นั้นต้องได้รับการส่งเสริมสนับสนุนในด้านวิชาการ เช่น การอบรมให้ความรู้ มีทักษะในการให้คำแนะนำ ปรีกษา ซึ่งโดยบทบาทของพยาบาลอาจเป็นผู้ให้การฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับอสม. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยร่วมกับชุมชน (อสม.ผู้ใหญ่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น) เช่น ส่งเสริมการจัดบริการแบบมีส่วนร่วมในรูปแบบกลุ่มสัมพันธ์ในชุมชน ในหมู่บ้าน เช่น ชมรม To be Number One กลุ่มเพื่อนสอนเพื่อน พี่สอนน้อง ผู้สูงอายุสอนลูกหลาน เป็นต้น ซึ่งเป็นบทบาทในเชิงรุกที่พยาบาลต้องทำงานร่วมกับชุมชนในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น²⁹

บทสรุป

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ยังมีการพัฒนาที่ไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้อาจยังไม่จบการศึกษา ไม่มีอาชีพ รายได้เป็นของตนเอง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม มีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ รวมทั้งด้านสุขภาพจิต การศึกษาและเศรษฐกิจของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ สาเหตุเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน พยาบาลเป็นบุคลากรหลักทางสาธารณสุขที่สำคัญ ที่มีส่วนช่วยป้องกัน แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นได้ด้วยดำเนินงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก เช่น การจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น มีการให้ความรู้ คำแนะนำ การปรึกษาและบริการวางแผนคุมกำเนิด ส่วนงานด้านเชิงรุก ได้แก่ การเชื่อมโยงการสอนเพศศึกษาให้กลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียน สถานประกอบการ การพัฒนาแกนนำวัยรุ่น ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขให้เห็นความสำคัญของปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. Sathja Thato. Premarital Sexual Behavior among Thai Adolescents. Journal of Nursing Science Naresuan University 2007; 1(2):19-20. (in Thai)
2. Bureau of Reproductive Health. Teenage Pregnancy: Policy and Operational guideline and Evaluation. 1th ed. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2014.
3. Department of Child and Adolescent Health and Development, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Adolescent Pregnancy (Issues in Adolescent health and Development). Geneva; 2004.
4. Pregnant adolescent: delivering on global promise of hope, World Health Organization; 2006.

5. Bureau of Reproductive Health .The reproductive health of adolescents and youth. [Cite 2013 May 2]. A viable from: http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/index/teen30Juan54.pdf
6. Boontanon N, Nararuk P. Pregnancy in adolescence difficult to help.Journal of Medical friends Health center 5 2013; 6(2):1. (in Thai)
7. Bureau of Reproductive Health. Abortion surveillance report in September 2012. [Cite 2013 May 10]. A viable from: http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/index/abintv_Sep54.pdf
8. Bureau of Reproductive Health. The reproductive health of adolescents and youth . [Cite 2013 May 25]. A viable from:http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/index/teen_edit%208-01-2556.pdf.
9. Weiangkham D,Pichainarong N, Chaveepojnkamjorn W,Kerdmongkol P, Thornwattanajareen S. Effect of maternal weight gain on small for gestational age (SGA) infants. Chulalongkorn Medical Journal 2005; 49(11):647-55. (in Thai)
10. Prechapanich J, Vantasiri C. Teenage pregnancy. In Vantasiri C, Titapant V, Paisuwanna P, Horpaopan S, Editos, Perinatal care. Bangkok: Union Creation; 2007. (in Thai)
11. Anuwutnavin S. Teen Pregnancy care. In Tanmahasamut P, Chanprapaph P, Jaishuen A, Wongwananuruk T, Lertbunnapong T, Editos, OB-GYN in Practice 2012 .Bangkok: P. A living; 2012. (in Thai)
12. Thinkhanon W, Chomnirat W.Development guideline of antenatal care for adolescent pregnancy by family participation in health care network of Chaiburi District Surat Thani Province. Journal of Nursing Science and Health 2012; 35(2).(in Thai).
13. Mahavarkar SH, Madhu CK,Mule VD.A comparative study of teenage pregnancy.J Obstet Gynaecol 2008; 28:604-7.
14. Kumar A, Singh T, Basu S, Pandey S, Bhargava V. Outcome of teenage pregnancy. Indian J Pediatric 2007; 74:927-31.
15. Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyaman S.The Incidence and Complication of Teenage pregnancy at Chonburi Hospital. J Med Assoc Thai 2006;89:S118-23.
16. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M.Pre-eclampsia. Lancet 2005; 365:785-99.
17. Cunningham FG,Williams JW.Preconceptional Counselling.In: Cunningham FG,Leveno KJ,Bloom SL,Hauth JC,Rouse DJ, Spong CY. editors.Williams Obstetrics, 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2009.
18. Anusornteerakul S. Perineal trauma during delivery. Journal of Nursing Science and Health 2012, 35(4):129-30. (in Thai).
19. Kaewjanta N .Depression in teenage pregnancy: Factors, Affect and Prevention. Journal of Nursing Science and Health 2012, 35(1):83-4. (in Thai).
20. Laounka K, Boonjan J,Kukiattikool P,Tharnprisan P, Bungrathok B, Prasit M.Contraceptive practice in adolescents attending the family planning unit at Srinagarind Hospital. Journal of Nursing Science and Health 2012; 34 (3):40-7. (in Thai).
21. Ministry of Social Development and Human security. Survey of problems and help Develop young mother 2008. [Cite 2013 April 25]. A viable from: <http://motofin.files.wordpress.com/2011/01/e0b981c.pdf>

22. Bureau of Reproductive Health. Guidelines for the Youth Clinic. [Cite 2013 April 20]. A viable from: http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/brochure/yfhs_blue.pdf
23. Bureau of Reproductive Health. Guide to health Prevention of teenage pregnancy. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2011. (in Thai)
24. Thampanichawat W. Thailand sex education for teens. Journal of nursing council 2010; 25(4):7-8. (in Thai)
25. Chirawatkul S, Sawangchareon K, Jongudomkarn D, Kittiwatanapaian W, Rungreangkulkij S, Kotnara I. Sex education: Thai adolescent's voice. Journal of Nursing Science and Health 2013; 35(4):7. (in Thai).
26. Community learning sex education. Summary of meeting activities: youth activities. [Cite 2014 April 16]. A viable from: URL: <http://www.teen-path.net/contents.asp>.
27. Keawcharoenta P. School parents to communicate about sex and Network of parents Volunteering in the community at Uttaradit province. [cite 2014 April 12]. A viable from: <http://www.thaiichr.org/upload/forum/doc4f41fddc5d9d1.pdf>
28. Bureau of Reproductive Health. Guide to health prevention of teenage pregnancy. Nonthaburi: The Agrilcultural Cooperative Federation of Thailand; 2011. (in Thai)
29. Ministry of Public health. Guide service of hospital health promotion. [Cite 2014 April 14]. A viable from: <http://hph.moph.go.th/modules/Books/pdf/b1292927666.pdf>